



FORMULARIO REGISTRO Y CREACIÓN DE AULAS VIRTUALES POSGRADO

Fecha en la que lo solicita:		día / mes / año, ej: 08 / diciembre / 2021			Formulario N°:	
DOCENTE	Nombres y Apellidos:	(nombres completos) ej: CARLOS FERNANDO MELÉNDEZ TAMAYO			Cédula de Identidad:	
	Correo Electrónico:	Institucional: cmelendez7@uta.ec			Teléfono: celular	
Módulo o asignatura <small>(Módulo a Implementar aula virtual) Ej: Estadística, Investigación.</small>		Facultad / Programa		N° de Estudiantes	Modalidad de Estudio	Período de Uso
1				32	Presencial <input type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/>	Desde: Hasta:
Observaciones: _____						

Firma del Docente

Validación 1	Autorizada:	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	Validación 2	Creada:	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
	Período:	Desde: <input type="text"/>	Hasta: <input type="text"/>		Motivo: <input type="text"/>		
	Fecha:	<input type="text"/>			Fecha: <input type="text"/>		
	Firma Decano y/o Director	<input type="text"/>			Responsable: <input type="text"/>		
	Nombre:	<input type="text"/>			Firma: <input type="text"/>		

NÓMINA DE ESTUDIANTES / PARTICIPANTES DEL AULA VIRTUAL POSGRADO

Nº.	Nº. CÉDULA	NOMBRES COMPLETOS	CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL	Nº.	Nº. CÉDULA	NOMBRES COMPLETOS	CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

NÓMINA DE ESTUDIANTES / PARTICIPANTES DEL AULA VIRTUAL POSGRADO

Nº.	Nº. CÉDULA	NOMBRES COMPLETOS	CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL	Nº.	Nº. CÉDULA	NOMBRES COMPLETOS	CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL
31				42			
32				43			
33				44			
34				45			
35				46			
36				47			
37				48			
38				49			
39				50			
40				51			
41				52			

Firma y Sello del Director Académico del Programa
Nombre:

Firma y Sello del Coordinador Posgrado
Nombre: